

診 療

肋骨転移により診断された悪性卵巣甲状腺腫の1例

近畿大学医学部産科婦人科学教室 (主任: 野田起一郎教授)

伊 藤 耕 造

A Case of Malignant Struma Ovarii with Rib Metastasis

Kozo ITO

Department of Obstetrics and Gynecology, Kinki University School of Medicine, Osaka

(Director: Prof. Kiichiro Noda)

Key words: Struma ovarii • Vessel invasion • MRI • CT

緒 言

卵巣甲状腺腫は卵巣奇形腫の2.7~13%⁴⁾, 卵巣充実性腫瘍の0.2~1.3%¹⁾と極めて稀な腫瘍である。その悪性化率になるとさらに低率となり卵巣甲状腺腫の1%以下である¹⁾⁴⁾⁵⁾⁸⁾と報告されている。今回甲状腺機能亢進症状としての頻脈, 心悸亢進, 体重減少, 下痢等は認められなかつたが病理組織学的検討で脈管侵襲像の疑われる所見が認められ肋骨へ転移した悪性卵巣甲状腺腫の1例を経験し若干の文献的考察を行ったので報告する。

症 例

患者: 36歳, 主婦, 2回経妊2回経産。

主訴: 右背部痛。

現病歴: 平成1年7月頃より右背部痛を自覚し近医でX-P撮影したところ肋骨に異常陰影が認められたため, 精査目的にて7月31日当院整形外科を受診した。右第9肋骨腫瘍と診断され, 9月19日腫瘍摘出術を施行した。その組織診断(写真1)が転移性甲状腺腫であり, 原発巣の精査を行ったが甲状腺には異常がなく, 当科へ10月30日紹介された。

月経歴: 30~35日の周期で順調, 月経困難症や過多月経はない。

内診所見: 子宮は前傾前屈で軽度腫大して硬く, 子宮前方に超手拳大の硬い腫瘤を触知した。帯下は白色で少量を認めた。

術前検査: 白血球4,200, 赤血球445万, 血色素

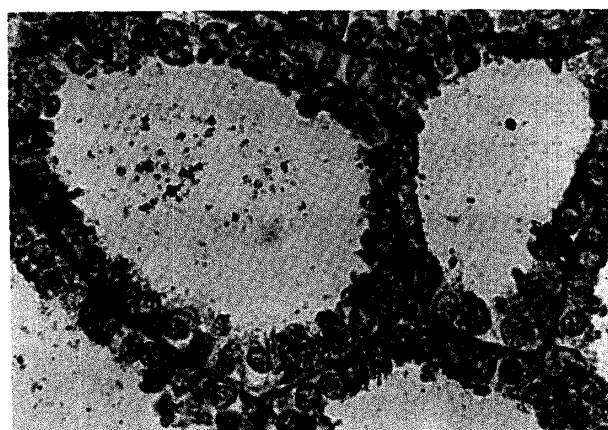


写真1 右第9肋骨腫瘍の組織像。酵素抗体法(×400), thyroglobulinの局在を示す。

濃度13.2g/dl, 血小板数30.0万, 臨床生化学検査は異常なく, RPR陰性, TPHA陰性, HBs抗原も陰性であつた。胸部X線, 心電図および肺呼吸機能はいずれも正常であつた。

細胞診: 子宮腔部擦過細胞診はclass II, 子宮体部吸引は陰性であつた。

腫瘍マーカー: CA19-9が53U/mlとやや高値を示す以外, CEAは1.6ng/ml, CA125は5U/ml, α -fetoproteinは3ng/mlと異常なかつた。

甲状腺機能: Free T₃は3.0pg/ml, Free T₄は1.2ng/ml, TSHは1.4 μ U/mlでいずれも正常域であつた。

超音波診断層法では10.6×9.0×7.5cmの大きさで, 一部にecho free spaceを含み, ほとんどが

輝度の高い充実性部分である腫瘍が描画された。術前のCT検査では、骨盤腔内に13×10×11.5cmの腫瘍を認め、内容物は嚢胞状の部分と充実性の部分に分かれているが、それらの境界は明瞭で、それぞれの内容物も均一であった。MRI検査(写真2)では腫瘍の大きさはCTと同様であるが、T₁強調像、T₂強調像共に、intensityの異なる二つのcomponentに分かれている。T₂強調像ではintensityが高く漿液性の内容を含むと思われる部分と、intensityの低い粘液より密度の高い内容を含むと思われる部分で構成される腫瘍を認めた。

平成2年1月12日に malignant struma ovarii 疑いの診断のもとに右付属器摘出術と左卵巣楔状切除術を施行した。開腹時病的な腹水は認められなかった。摘出腫瘍は14×12×10cmの大きさ(写真3)で、その断面は黄褐色で光沢のある膠質様充実部が約2/3を占め、ほかは漿液性の内容を含む単房性の嚢腫で構成され、一部に毛髪、脂質が認

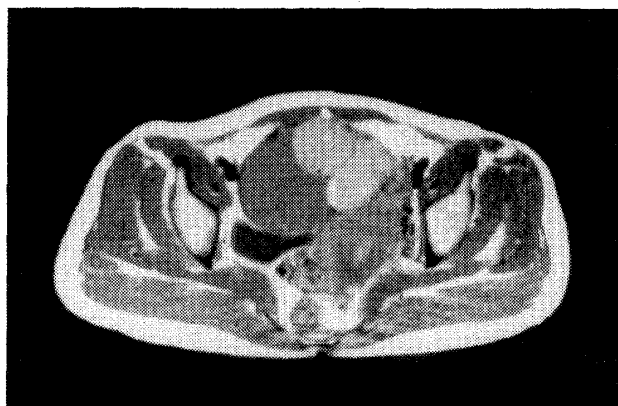


写真2 MRI像

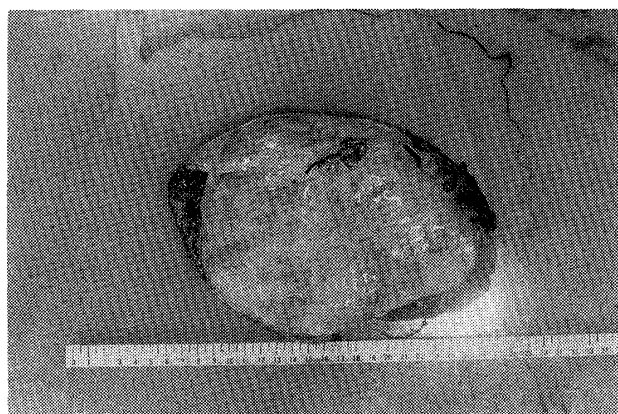


写真3 摘出腫瘍像

められた。

組織所見：主病巣の左卵巣腫瘍の組織標本は写真4に示すごとく甲状腺組織に類似した大小不規則な濾胞形成が認められ、好酸性で均等のコロイドが充満している。核は軽度腫大しているがよく分化した濾胞上皮で被われ濾胞状腺腫の組織像を示し、組織像の大半はこのような像を呈していた。ただ一部には濾胞形成が認められず濾胞上皮の索状配列が中心となつた索状腺腫の組織像を呈した部分もあつた。これらの組織像のなかに脈管への侵襲像の疑われる所見が認められた。病理組織診断は細胞異型、構造異型は軽度であつたが vessel invasion の所見が認められたので malignant struma ovarii とした。次に整形外科で摘出された肋骨転移腫瘍の組織像について述べる。写真1に示しているごとく原発巣と同様の大小不規則なコロイドを含む濾胞上皮より構成されている。

本症例は肉眼所見で膠質様充実部が腫瘍の2/3以上を占め、組織所見では血管侵襲像の疑われる所見が認められ、さらには肋骨への転移を来したので組織学的に悪性卵巣甲状腺腫と診断した。

治療経過：術後8日目に急性の胸痛、呼吸困難、発熱が出現したために、胸部X線や肺血管造影等の諸検査を施行した結果肺塞栓症と診断した。ヘパリンとウロキナーゼによる治療を約2週間施行した後、肺塞栓症は治癒した。退院前検査とともに、¹²⁵Iアイソトープ、Gaシンチグラフィーによる検査を施行したが他の転移病巣も認められず術

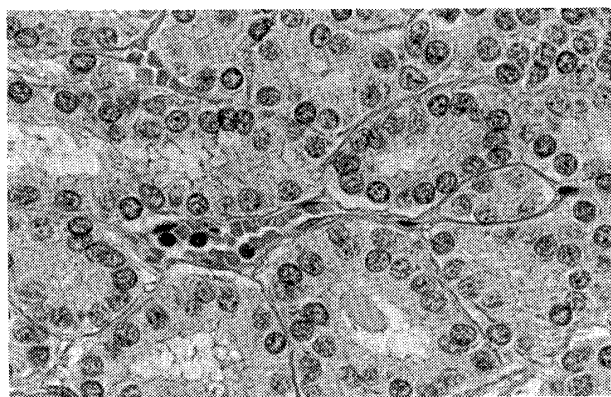


写真4 摘出卵巣腫瘍の組織像。H.E.染色(×400)。原発巣も写真1の転移巣と同様に thyroglobulin の局在を認めた。

後28日目に軽快退院した。その後外来でUFTを維持化学療法として内服させfollow upしているが、現在のところ再発徴候もなく健康な生活を送っている。

考 察

Struma ovariiは1895年 Von Kalden によつて最初に報告され、ついで1899年に Gottschalk によつて報告された¹²⁾。診断基準として確定的なものはないが、充実性腫瘍の50%以上を甲状腺組織が占めるが^{6)7)9)~11)}、腫瘍摘出により速やかに治癒する甲状腺機能亢進症状が併存する場合に卵巣甲状腺腫と診断されている¹¹⁾。卵巣腫瘍取扱い規約²⁾では腫瘍組織の全体が甲状腺組織によつて占められているか、又は肉眼で認めるような広範囲を占めるものをいうと提唱している。Struma ovariiは片側性であることが多く、両側性のものは約6%と報告され、腫瘍の大きさは直径1.5~38cmと種々で、発症年齢は40歳代に多く、平均42歳と報告されている¹²⁾。Hasleton et al.⁵⁾は本腫瘍の悪性化率に関して奇形腫より悪性化するものは1.5~1.8%であると報告している。悪性化の診断基準については確定的なものがなく、細胞の異型性で診断されることが多いが、Smith¹⁰⁾は血管浸潤を唯一の信頼できる基準としている。今回の症例もvessel invasionの疑われる所見が認められたのでmalignant struma ovariiと診断した。一方Pardo-Mindan et al.⁸⁾は、①明確な浸潤ないし転移を認めること、②組織型が濾胞型ないし乳頭型で、免疫組織学的にThyrogloblin, Triiodothyronine (T₃)などを証明するか、あるいは電顕的に甲状腺癌に類似の構造を認めること、③原発性甲状腺癌が除外されること、④卵巣のstrumal carcinoid, 漿液性嚢胞腺癌と区別されることなどを挙げている。

Kempers et al.⁷⁾によれば卵巣甲状腺腫25例中5例に甲状腺腫を認め4例はmultiadenomatous goiterであり、1例はGraves病であつたと報告している。この事実よりBrown et al.³⁾はtoxic nodular goiterに類似したかたちで、卵巣腫瘍のThyroid elementsが独自にTSHやLATSのような甲状腺刺激因子として、頸部甲状腺に作用し

ている可能性があるとして示唆している。

本疾患の臨床症状は他の卵巣腫瘍と同様に無症状のことも多く、また圧迫症状としての下腹部不快感、疼痛および腰痛を主訴とするものが大部分を占めている。一方甲状腺機能亢進症を呈する例は全卵巣甲状腺腫の5~6%と比較的少数である⁷⁾。

組織学的には大小種々の嚢胞を形成し、内容物はエオジンに好染するコロイド様物質を有し、甲状腺組織に極めて類似していた。内腔は一層の濾胞上皮からなるが、その細胞にはおのおの大小不同がみられ、核も軽度の異型性を有し、一部に血管侵襲像の疑われる所見を認めたのでmalignant struma ovariiと診断した。

文 献

1. 小塚良允, 玉石好彦, 山脇孝晴, 杉山陽一: 悪性卵巣甲状腺腫の1症例. 産と婦, 11: 117, 1991.
2. 日本産科婦人科学会, 日本病理学会編: 卵巣腫瘍取扱い規約, 第1部, 組織分類ならびにカラーアトラス, 金原出版, 東京, 1990.
3. Brown, W.W., Shetty, K.R. and Rosenfeld, P. S.: Hyperthyroidism due to struma ovarii. Acta Endocrinol., 73: 266, 1973.
4. Gould, S.F., Lopez, R.L. and Speers, W.C.: Malignant struma ovarii: A case report and literature review. J. Reprod. Med., 28: 415, 1983.
5. Hasleton, P.S., Kelehan, P., Whittaken, J.S., Burslem, R.W. and Turner, L.: Benign and malignant struma ovarii. Arch. Pathol. Lab. Med., 102: 180, 1978.
6. Hurlow, R.A., Greening, W.P. and Krantz, E.: Ascites and hydrothorax in association with struma ovarii. Br. J. Surg., 63: 1110, 1976.
7. Kempers, R.D., Dockerty, M.B., Hoffman, D.L. and Bartholomen, L.G.: Struma ovarii: Ascitic, hyperthyroid, and asymptomatic syndromes. Ann. Intern. Med., 72: 883, 1970.
8. Pardo-Mindan, F.J. and Vasquez, J.J.: Malignant struma ovarii: Light and electron microscopic study. Cancer, 51: 337, 1983.
9. Scully, R.E.: Germ cell tumors of the ovary. Prog. Gynecol., 5: 329, 1970.
10. Smith, F.G.: Pathology and physiology of struma ovarii. Arch. Surg., 53: 603, 1946.
11. Woodruff, J.D. and Markley, R.L.: Struma ovarii. Obstet. Gynecol., 9: 707, 1970.
12. Yannopoulos, D., Yannopoulos, K. and Ossowski, R.: Malignant struma ovarii, in pathology annual (ed. S.C. Sommer), Appleton-Century-Crofts, New York, 403, 1976.

(No. 7184 平4・2・7受付)